

**健 康 保 険**  
**特 定 疾 病 療 養 受 療 証**  
**付 申 請 書**

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名	フリガナ		被保険者証 記号・番号	記号	
	生年月日	年 月 日			番号	
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒 -				
	疾 病 名					

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

医 師 の 証 明 欄	上記認定対象者が疾病名( )のため、年 月 日より治療中で あることを証明します。				
	令和 年 月 日				
	医療機関 所在地				
	名 称				
	医師名				
	電話 - - -				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者 住 所

氏 名

電話 - - -

**田辺ファーマ健康保険組合理事長殿**

2025.11.01

- \* 上記記入欄の「疾病名」において 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全に○印をつけられた方は  
 ・ CAPD(自己連続携行式腹膜灌流)導入期間も含めて、医師の証明を添付してください。  
 ・ 市区町村などで医療費の一部または全額を免除されている場合、「障害者医療証」などの写しを添付してください。